

СТОМАТОЛОГІЯ

© Аветіков Д. С., Локес К. П., Ставицький С. О.

УДК 616. 716-002. 36-094. 273

Аветіков Д. С., Локес К. П., Ставицький С. О.

ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ ЗАПАЛЬНИХ КОНТРАКТУР ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, що виконується на кафедрі хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї: «Вроджені та набуті морфофункціональні порушення зубо-щелепної системи, органів і тканин голови та шиї, їх діагностика, хірургічне та консервативне лікування», номер державної реєстрації 0111U006301.

Вступ. Однією з найчастіших причин виникнення запальних контрактур жувальних м'язів (ЖМ) є атипове видалення нижніх третіх молярів [1]. За думкою багатьох авторів, вибір навіть найменш інвазивних оперативних методик не знижує ризик виникнення запальних контрактур жувальних м'язів, що пояснюється топографоанатомічними особливостями крило-щелепного простору, який має інтенсивне кровопостачання та утворений переважно пухкою сполучною тканиною [2]. Це, в свою чергу, створює передумови для розвитку післяопераційних гематом, що в подальшому може призвести до розвитку запальних міогенних контрактур. Клінічно це проявляється болем, різким обмеженням відкриття рота, значним набряком м'яких тканин, ступінь вираженості яких залежить від тривалості та інвазивності хірургічного втручання [2, 3].

Для лікування запальних контрактур ЖМ авторами широко використовується цілий арсенал загальних та місцевих медикаментозних засобів [4]. Насамперед, для лікування цієї патології лікарі призначають антибіотики, анальгетики та протинабрякові, протизапальні стероїдні та нестероїдні препарати, широке і часто необґрунтоване застосування яких нерідко супроводжується ускладненнями у вигляді розладів шлунково-кишкового тракту, проблемами серцево-судинної системи, порушеннями клубочкової фільтрації нирок [5].

В якості альтернативи вищенаведеним медикаментозним засобам, заслуговують на увагу методи локальної дії на вогнище запалення, а саме, підслизові, або внутрим'язові ін'єкції малих терапевтичних доз глюкокортикоїдів [3, 5]. Ефективність дії полягає в їх

здатності впливати на гостру фазу альтерації, пригнічуючи розвиток запальних ускладнень [6].

Метою дослідження було визначення ефективності передопераційних підслизових ін'єкцій розчину „Дексаметазону” для профілактики запальних контрактур жувальних м'язів.

Об'єкт і методи дослідження. Для проведення даного дослідження нами було обрано 98 хворих (50 чоловіків та 48 жінок), в яких були заплановані операції атипичного видалення третіх нижніх молярів. Вік хворих складав від 18 до 55 років, вони не мали супутніх захворювань.

Хворі були розділені на 2 групи. До 1 групи (основної) увійшло 53 хворих, яким здійснювали підслизові передопераційні ін'єкції 2 мл препарату „Флостерон” за 2-3 хвилини перед оперативним втручанням. В післяопераційний період хворим основної групи медикаментозна терапія не призначалась.

До другої (контрольної) групи увійшло 45 хворих, яким не проводили передопераційних ін'єкцій глюкокортикоїду, а застосовувалась післяопераційна антибактеріальна терапія: „Цефтріаксон” – по 1 мл внутрішньом'язово 2 рази на добу, протягом 5-6 днів. Для усунення больового синдрому та запальної реакції у хворих контрольної групи застосовано нестероїдний протизапальний препарат „Диклофенак Дарниця” – в/м по 3 мл 2 рази на добу протягом 3-4 днів.

Операції атипичного видалення третіх нижніх молярів проводились під потенційованим місцевим провідниковим знеболенням. Після проведення Г-подібного розрізу в ретромоларній ділянці та відшарування слизово-надокісного клаптя, проводили остеоектомію та екстракцію третього моляра. Отриманий кістковий дефект при потребі заповнювали аутокісткою, збагаченою тромбоцитами плазмою крові, яку брали у хворого інтраопераційно. Наприкінці лікування здійснювали повне ушивання післяопераційної рани з встановленням гумового стрічкового випускника. Тривалість та хід кожної операції фіксували в протоколі проведених оперативних втручань.

Критеріями оцінки ефективності від проведеного лікування були: наявність та ступінь вираженості набряку м'яких тканин, величини відкриття рота та дані візуально-аналогової шкали (ВАШ). Величину

Таблиця

Порівняльний аналіз показників основної та контрольної груп до та після проведеного лікування

Критерії оцінки	Доба	1 група	P	Доба	2 група	P
Міжрізцева відстань (мм)	1	45,23±3,817	<0,0001	1	45,16±2,541	<0,0001
	2	37,86±2,715	<0,0001	2	30,12±5,187	<0,0001
	7	45,56±2,845	<0,0001	7	44,68±2,297	<0,0001
Набряк – мочка вуха до кута рота (см)	1	10,34±0,626	<0,0001	1	10,38±0,697	<0,0001
	2	10,68±0,651	<0,0001	2	13,08±0,756	<0,0001
	7	10,31±0,672	<0,0001	7	10,48±0,614	<0,0001
Набряк – край орбіти – кут нижньої щелепи (см)	1	10,37±0,871	<0,0001	1	10,36±0,891	<0,0001
	2	11,05±0,371	<0,0001	2	12,39±0,335	<0,0001
	7	10,40±0,639	<0,0001	7	10,48±0,544	<0,0001
ВАШ (бали)	1	2,96±0,253	p > 0,05	1	2,50±0,194	p > 0,05
	2	5,86±0,257	p > 0,05	2	6,19±0,248	p > 0,05
	7	3,36±0,181	p > 0,05	7	3,56±0,279	p > 0,05

набряку вимірювали за допомогою лінійної рулетки в двох напрямках: від мочки вуха до кута рота та від зовнішнього краю орбіти до кута нижньої щелепи.

Результати досліджень та їх обговорення.

Тривалість операції атипичного видалення третіх нижніх молярів в 1 (основній) групі хворих складала від 30 до 55 хвилин (в середньому – 41,58±5,994 хв), в 2 (контрольній) групі хворих від 34 до 56 хвилин (в середньому – 42,72±5,239 хв).

Показники міжрізцевої відстані перед оперативним втручанням у хворих основної групи становили 45,23±3,817 мм, у хворих контрольної, відповідно – 45,16±2,541 мм. Різниця між ними була статистично незначущою (p > 0,05). На наступний день після операції середній показник міжрізцевої відстані у хворих 1 групи складав 37,86±2,715 мм, а у хворих 2 групи – 30,12±5,187 мм. Розходження між показниками 1 та 2 груп були статистично значущими (p < 0,05). Наприкінці лікування середні показники міжрізцевої відстані у хворих основної та контрольної груп становили 45,56±2,845 мм та 44,68±2,297 мм, відповідно, що було статистично незначущим (p > 0,05).

У таблиці наведений порівняльний аналіз основних клінічних показників, що характеризують ефективність проведеного лікування.

Один з показників вимірювання набряку м'яких тканин – відстань від мочки вуха до кута рота у хворих 1 групи становила перед операцією 10,34±0,626 см, у хворих 2 групи – 10,38±0,697 см, що було статистично незначущим (p > 0,05). На 2 день після операції даний показник у хворих основної групи досяг 10,68±0,651 см, на противагу хворим контрольної групи, у яких цей показник сягнув 13,08±0,756 см, що було статистично значимим (p < 0,05). На 7 день лікування міжрізцева відстань у хворих 1 групи складала 10,31±0,672 см, а у хворих 2 групи – 10,48±0,614 см, що було статистично незначущим (p > 0,05).

Інший показник, використаний з метою оцінки набряку – відстань від зовнішнього краю орбіти до кута нижньої щелепи, у хворих основної групи перед операцією складав 10,37±0,871 см, у хворих 2 групи

– 10,36±0,891 см, що статистично не значуще (p > 0,05). На 2 день після операції результати вимірювання у хворих спостережуваних груп були 11,05±0,371 см в 1 групі та 12,39±0,335 см в 2 групі, що було статистично значущим (p < 0,05). Після проведеного лікування у хворих 1 групи цей показник становив 10,40±0,639 см, хворих 2 групи – 10,48±0,544 см. Різниця статистично незначуща (p > 0,05).

Рівень больової інтенсивності, оцінений за шкалою ВАШ, в передопераційний період у хворих основної групи становив 2,96±0,253 балів, у хворих контрольної – 2,50±0,194 балів. Ця різниця не була статистично значущою (p > 0,05).

На наступний день після операції, рівень больової інтенсивності значно зріс в обох спостережуваних групах і складав у хворих основної групи 5,86±0,257 балів, у хворих контрольної – 6,19±0,248 балів. Ця різниця теж не була статистично значущою (p > 0,05).

Після стихання проявів гострої запальної реакції, на 7 день, істотних відмінностей між показниками обох груп не спостерігалось. Показник інтенсивності больових відчуттів у хворих 1 групи складав 3,36±0,181 балів, у хворих 2 групи – 3,56±0,279 балів, різниця між якими є статистично незначущою (p > 0,05).

Як відомо, операція атипичного видалення третіх молярів є травматичною хірургічною процедурою, і, незважаючи на спроби багатьох авторів мінімізувати її інвазивність, це незначно впливає на кількість післяопераційних ускладнень. Тяжкість та інтенсивність таких типових ускладнень після операції видалення 8 зубів, як запальна контрактура жувальних м'язів, набряк та біль, може знижуватись за допомогою простого у виконанні та економічно вигідного запропонованого способу лікування, а саме, передопераційного підслизового введення 4 мл „Дексаметазону”.

Проведене нами дослідження продемонструвало, що профілактичне проведення підслизових ін'єкцій 2 мл препарату „Флостерон” має статистично значимий ефект у зменшенні проявів запальної контрактури жувальних м'язів та післяопераційного набряку. Інтенсивність болю, яка оцінювалась за шкалою ВАШ у хворих обох спостережуваних груп мала однакову динаміку перебігу, що пояснюється анальгезуючим ефектом, як „Флостерону” так і „Диклофенаку”. Тому різниця між обома досліджуваними групами за цим показником була статистично незначущою (p > 0,05).

Висновки. Результати проведеного дослідження підтвердили думку багатьох авторів про ефективність та безпечність методу підслизових ін'єкцій „Дексаметазону” в малих терапевтичних дозах з метою профілактики запальних контрактур жувальних м'язів.

Спосіб простий та зручний у виконанні. Комфорт для хворих забезпечується одноразовістю введення

препарату та безболісністю процедури. Це дозволяє уникнути системного впливу багатьох препаратів, які, як правило, призначаються клініцистами для попередження розвитку запальних контрактур. Окрім того, цей метод є економічно вигідним.

Перспективи подальших досліджень. В подальших дослідженнях планується вивчення етіопатогенезу та методів лікування постін'єкційних контрактур різного ґенезу.

Література

1. Добрий-Вечір Т. В. Особливості хірургічного лікування хворих з утрудненим прорізуванням нижніх третіх молярів : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Т. В. Добрий-Вечір. – К., 2011. – 18 с.
2. Ибрагимов З. И. Постинъекционная контрактура нижней челюсти (экспериментально-клиническое исследование) : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / Ибрагимов З. И. – М., 2007. – 25 с.
3. Deo S. P. Effect of submucosal injection of dexamethasone on post-operative sequelae of third molar surgery / S. P. Deo, P. Shetty // Journal of Nepal Medical Association. – 2011. – Vol. 51(182). – P. 25-30.
4. Guerrero M. E. Can preoperative imaging help to predict postoperative outcome after wisdom tooth removal? A randomized controlled trial using panoramic radiography versus cone-beam CT / M. E. Guerrero // Clinical oral investigations. – 2013. – Vol. 8 – P. 264-268.
5. Figueiredo R. Delayed-onset infections after lower third molar extraction: a case-control study / R. Figueiredo // Journal of oral and maxillofacial surgery. – 2007. – Vol. 65. – P. 97-102.
6. Sisalli U. Amoxicillin and clavulanic acid vs ceftazidime in the surgical extraction of impacted third molar: a comparative study / U. Sisalli, C. Lalli, L. Cerone // Int. J. Immunopathol. Pharmacol. – 2012. – Vol. 25, №3. – P. 771-774.

УДК 616. 716-002. 36-094. 273

ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ ЗАПАЛЬНИХ КОНТРАКТУР ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ

Аветиков Д. С., Локес К. П., Ставицький С. О.

Резюме. У статті дано коротку характеристику сучасним засобам медикаментозної профілактики виникнення запальних контрактур жувальних м'язів після операції атипичного видалення третіх нижніх молярів.

На підставі проведеного клінічного дослідження продемонстровано ефективність та простоту у проведенні профілактичних підслизових ін'єкцій препарату «Флостерон» в малих терапевтичних дозах. Відзначено основні переваги цього методу в порівнянні з традиційними з метою запобігання розвитку запальних контрактур.

Ключові слова: запальна контрактура, жувальний м'яз, третій моляр, запалення.

УДК 616. 716-002. 36-094. 273

ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ КОНТРАКТУР ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ

Аветиков Д. С., Локес К. П., Ставицкий С. А.

Резюме. В статье дано краткое описание современных средств медикаментозной профилактики возникновения воспалительных контрактур жевательных мышц после операции атипичного удаления третьих нижних моляров.

На основании проведенного клинического исследования продемонстрирована эффективность и простота в проведении профилактических подслизистых инъекций препарата «Флостерон» в малых терапевтических дозах. Отмечены основные преимущества этого метода по сравнению с традиционными, с целью предотвращения развития воспалительных контрактур.

Ключевые слова: воспалительная контрактура, жевательная мышца, третий моляр, воспаление.

UDC 616. 716-002. 36-094. 273

The Prevention of Inflammatory Contracture of Masticatory Muscles

Avetikov D. S., Lokes K. P., Stavickij S. O.

Abstract. This article is devoted to brief description of modern methods of medical prophylaxis of inflammatory contracture of masticatory muscles after surgery of atypical extraction of third lower molars.

One of the most frequent causes of inflammatory contracture of masticatory muscles is an atypical removal of lower third molars. According to the opinion of many authors, the choice of even the least invasive surgical techniques does not reduce the risk of inflammatory contracture of masticatory muscles, due topographic-anatomical features of pterigo-mandibular area that has an intense blood supply and it is formed by areolar connective tissue. It creates conditions for the development of postoperative hematoma that can lead to inflammatory myogenic contractures. Clinically it is manifested by pain, limitation of mouth opening, significant swelling of the soft tissues, the severity of which depends on the duration and invasiveness of surgery.

The aim of the study was to determine the effectiveness of preoperative submucosal injection of "Dexamethasone" solution for the prevention of inflammatory contracture of masticatory muscles.

Materials and methods. For this study, we have chosen 98 patients (50 men and 48 women), which were planned operations of atypical extraction of third lower molars. The age of patients was from 18 to 55 years, they did not have concomitant diseases.

Patients were divided into 2 groups. To group 1 (basic) included 53 patients who were performed the preoperative submucosal injection of 2 ml of "Flosteron" for 2-3 minutes before surgery. The medical therapy to patients of this group was not carried out in postoperative period.

The second (control) group included 45 patients who were not carrying out the preoperative glucocorticoid injection. It was applied the postoperative antibiotic therapy: "Ceftriaxone" – 1 ml intramuscularly 2 times a day for 5-6 days. The nonsteroid antiinflammatory drug "Diclofenac Darnitsya" was prescribed 3 ml intramuscularly 2 times a day for 3-4 days for the relief of pain and inflammatory response in patients in the control group.

Operations of atypical extraction of third lower molars were conducted under local conductive potentiated anesthesia. It was performed the incision in the retromolar area and detachment of mucosal-periosteal flap, after osteotomy was conducted and third molar was extracted. The bone defect was filled in by autobone, platelet-rich plasma, which were taken at the patient intraoperatively. The complete closure of surgical wounds was performed with the establishment of a rubber belt drainage at the end of treatment. The duration and course of each operation were recorded in the operative notes.

The effectiveness and the simplicity of carrying out preventive submucosal injections of "Flosteron" in small therapeutic doses have been demonstrated on the basis of clinical studies. The main advantages of this method compared to traditional for prevention of the development of inflammatory contractures was marked.

This method is simple and easy to execute. Comfort for patients is provided by one-time leading of drug and painlessness of procedure. It avoids the systemic effects of many drugs that are usually appointed by clinicians for the prevention of inflammatory contractures. Also, this method is cost-effective.

Keywords: inflammatory contracture, masseter, third molar, inflammation.

Рецензент – проф. Ткаченко П. І.

Стаття надійшла 12. 09. 2014 р.